

El desinterés por la salud pública y las enfermedades emergentes. La tormenta perfecta

Dr. Sergio Horis Del Prete. Profesor Titular de Política Sanitaria. Maestría en Salud y Seguridad Social. Universidad ISALUD

Introducción

La Salud Pública, a nivel internacional, viene siendo sacudida por enfermedades emergentes que se transforman en un problema global de seguridad sanitaria al poner en riesgo la vida de millones de habitantes, pero también exponen las debilidades y desequilibrios para enfrentarlas. En los últimos diez años, ciertas emergentes que van desde la Gripe A H1N2 hasta el Ebola y el Zika han estado presentes no solo en los titulares de la prensa internacional sino también en las alarmas de los tableros de mando de los decisores sanitarios. Si bien su extensión resulto importante, afortunadamente su casuística y morbimortalidad asociada no registra cifras dramáticas como las viejas epidemias del Siglo XX.

Pero no todos los riesgos están en los agentes, generalmente virales y de alta capacidad de mutación. En la mayoría de los casos, los inicios de una epidemia tienen que ver con la fragilidad de los propios sistemas de salud locales, de su debilidad frente a la vigilancia epidemiológica y del mayor o menor peso de ciertos determinantes sociales que condicionan su velocidad de transmisión, así como la expansión geográfica de muchos de sus agentes en el caso de tenerlos y la mortalidad resultante. En el mundo globalizado en el que se vive, la dispersión de una nueva enfermedad - incluso de etiología desconocida - se hace muy rápida. Y nuevos huéspedes (especialmente mosquitos) han venido a transformarse en Caballos de Troya de las recientes epidemias, como consecuencia del cambio climático y de la globalización del comercio que ha desbordado su residencia habitual (por ejemplo el lejano sudeste asiático) hasta llevarlos a introducirse en la propia Europa o en Estados Unidos.

En este contexto, la fortaleza anticipatoria de la Salud Pública se ha venido desdibujando en medio de su puja con el modelo cada vez más medicalizado y radicalizado de atención de la enfermedad. Ante una situación emergente en salud, después que pasa el miedo inicial, las alarmas vuelven a apagarse y los sistemas de control se aflojan. El problema es que la situación a futuro puede volverse mucho más grave si el próximo riesgo de pandemia fuera provocado por un virus mucho menos conocido o literalmente desconocido. El propio Zika o el Chikungunya resultan ejemplos prácticos en ilustrar cierta ignorancia para con ellos, ya que apenas existen herramientas - no solo vacunas sino de instrumentación preventiva no específica - capaces de controlarlos en caso de brotes masivos entre la población. En otras ocasiones, enfermedades que no representan riesgo directo para los ciudadanos o no tienen un claro interés para las empresas farmacéuticas son casi por completo ignoradas, hasta que producto de una mutación cambian su patogenicidad y se abren camino hacia centros urbanos importantes.

En este trabajo se analizan las consecuencias político – sanitarias a que dan lugar la aparición de ciertas enfermedades emergentes como aparentes pandemias sin control, y del rol que deberían cumplir los organismos sanitarios supranacionales en la gobernanza de la Salud Pública mundial y en el logro de respuestas simultáneas, coherentes y organizadas más allá de la diversidad de los sistemas de salud de los países

De la Gripe A al Zika. Apuntes para la confusión de los Organismos sanitarios supranacionales

La crisis que generó el brote de Ébola en tres países africanos occidentales históricamente pauperizados, ocurrida entre 2014 y 2016, si bien quedó reducida y limitada a su punto de origen resultó la más previsible, anunciada, intervenida, dramatizada y publicitada de todas las ocurridas hasta el momento. Después de 42 días del último caso registrado en Liberia, el organismo sanitario mundial declaró en abril de 2016 el fin del alerta rojo para una epidemia que nunca salió del África Occidental. Desde ese momento hasta hoy hubo cero casos. La siguiente fue con el virus Zika en Brasil y países aledaños, aunque todavía resulte difícil certificar la suma de maldades que se dijo traía consigo. Por las dudas, para que no ocurriera como con la epidemia africana que mató más de 11.000 personas, la OMS se anticipó en declarar la emergencia sanitaria con el Zika para luego también dejarla sin efecto en noviembre de 2016. ¿Cambiaron los países africanos afectados sus medidas de prevención dentro de los endeble mecanismos sanitarios, la ínfima capacidad hospitalaria y la pobreza social y cultural que poseen, de forma que todas las cadenas de transmisión conocidas del virus fueron detenidas, como sugirió Rick Brennan, Director de Emergencia y Respuesta Humanitaria de la OMS? ¿Mejoró Brasil su vigilancia epidemiológica y redobló el control del mosquito, para que dejara de expandirse a países vecinos? ¿Fue el virus el causante excluyente de los casi 4.000 casos de microcefalia - especialmente en el Estado de Pernambuco - cuando aún se desconoce su porcentaje de incidencia cierta? En la práctica, ambas cuestiones resultan difíciles de reconocer.

Tomemos el Ébola y su potencial poder de generar una pandemia. Si bien apenas se estaban conociendo sus cualidades y el riesgo que representaba entonces y a futuro, resultaba evidente que por su sistema sanitario, su nivel social y su patrón cultural, los países desarrollados tenían pocas probabilidades - por no decir ninguna - que un caso resultara importado sin detección previa (la enfermedad no se transmite durante el período de incubación) y que del mismo surgiera una explosión inexorable e incontrolable. Según declaró el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), a enero del 2015 podrían estar afectados por el virus un millón 400 mil personas. Acosada por la realidad de los casos anunciados y su mortalidad asociada del 50%, la OMS solicitó con urgencia disponer de una vacuna para ciudadanos de esos países y para los propios africanos, aun sabiendo que las muertes por desnutrición, tuberculosis y diarrea en África además de ser mucho menos costosas en su resolución, resultaban infinitamente mayores y sin tanta repercusión periodística. Lo que esos países sí necesitaban para controlar sus desastres epidemiológicos no eran solo vacunas, sino medidas adecuadas de redistribución de recursos asistenciales, personal capacitado y mejor sanidad pública, de lo que carecían históricamente (Liberia, Sierra Leona y Guinea). Una cruel demostración de que no se aprende nada de la historia sanitaria. Todas las grandes epidemias infecciosas no se redujeron con medicinas y vacunas, sino con acciones redistributivas que incluyeron mejoras en el saneamiento, la nutrición, la vivienda digna, la educación y dando importancia a los principios rectores estructurales y sociales de la sanidad pública.

No obstante, ante una amenaza que crecía con rapidez y frente a las dificultades en revertir en lo inmediato esta situación crónica, la OMS sostuvo la posibilidad de acelerar el uso de "productos experimentales", incluidas las vacunas. Esta declaración abrió el juego a laboratorios equipados para trabajar directamente con este tipo de virus en cinco países: Estados Unidos, Canadá, Rusia, Francia y Alemania. Precisamente, y entre los múltiples desarrollos anunciados a nivel mundial, la Agencia de Salud Pública de Canadá en colaboración con la biotecnológica estadounidense NewLink Genetics presentó los resultados de su vacuna, conocida como rVSV - ZEBOV para la cepa zaire, que fuera probada en Guinea (zona cero) y cuyos derechos de exclusividad de patente y comercialización los adquirió la BigPharma estadounidense Merck. Se trató de

un virus de la estomatitis vesicular modificado, en la cual se reemplazó uno de sus genes por otro de Ébola. En su fase experimental demostró eficacia en el 100% de los vacunados, si bien todavía no se tiene certeza sobre el nivel de respuesta inmunitaria efectiva más allá de los seis meses, frente a un virus capaz de generar resistencia en forma rápida. Aún falta desarrollar la vacuna destinada a proteger de la cepa sudan, diferente de la anterior. En todo esto, mucho tuvieron que ver cuestiones propias de la globalización, pero también los intereses sectoriales y de negocios rentables para la industria de la salud. Millones de dosis de una vacuna pueden llevar a ganar en su momento beneficios absolutamente astronómicos

Una serie de supuestos temibles agentes - virus que van desde el SARS a la gripe A H1N1 y al propio Ébola surgidos de la nada a lo largo de los últimos treinta años - desaparecieron tan repentinamente como fue su inicio, sin causar ninguno de los apocalípticos daños esperados sobre la población mundial. Pero de todos los factores que podían llevar a la muerte a millones de personas del planeta en un futuro próximo, el más riesgoso era la posibilidad de la súbita aparición de una epidemia emergente, cuyo origen y transmisión no fueran bien conocidos. Si algo podía adjudicarse a las enfermedades ya mencionadas, era advertir que el mundo podía despertar mañana con una desagradable sorpresa. Y si está bien pertrechado para librar una guerra militar en cualquier parte de su geografía, es dudoso que lo esté para luchar contra una pandemia desconocida.

Veamos nuevamente el ejemplo del Ébola. Tiene una evolución clínica conocida, y un mecanismo de contagio basado en el contacto directo con líquidos orgánicos o indirectamente con ropa u objetos contaminados por el virus. Eso da lugar a la posibilidad de reconocerlo tempranamente, generar medidas de aislamiento y control para frenar su transmisión y de esta forma llegar a controlar su expansión. Ahora bien. ¿Qué ocurriría si aparece un nuevo y letal virus que se contagie por el aire, como ocurrió con la gripe A H1N1 o las restantes cepas o con el SARS, pero genéticamente modificado por mutación y altamente patógeno? En este caso, una persona podría estar infectada mucho antes de sentirse enferma, con lo cual la posibilidad de transmisión del virus en forma inadvertida se vuelve geométrica.

Hagamos un poco de historia ¿Hay una crisis progresiva de la Salud Pública internacional?

En 1918, la gripe llamada “española” - pariente del virus A H1N1 de 2009 originario de EEUU - mató más de 40 millones de personas alrededor del mundo, entre ellas al economista Max Weber y a Jacinto y Francisca, los dos pastorcitos a quienes se apareció la Virgen de Fátima. Este virus no tenía ningún gen de tipo humano, sino de la gripe aviar y sin mezclas. Pero incluía 25 mutaciones que lo distinguían del aviar típico, con la particularidad que se multiplicaba a una velocidad 50 veces mayor que la gripe común dentro de las 24 horas, y 39.000 veces más luego de cuatro días. Pregunta: ¿Qué pasaría con un virus de mayor potencia y velocidad de transmisión y con una epidemia de este tipo, con los medios de transporte actuales y la cantidad de países que se interrelacionan a través de ellos entre sí? Por ejemplo, la emergencia de una nueva cepa de influenza aviar - con el cerdo como mediador de transmutabilidad - y de altísima patogenicidad como es la H5N1. ¿Y si se transmitiera por vectores? Ahí el tema sería más complejo, porque se necesita enfrentar tres cuestiones simultáneas: la enfermedad en el hombre, el agente en el vector y a este último, cuya velocidad de multiplicación equivale a cuan favorables sean las condiciones para hacerlo. Y cuan efectivos resulten los insecticidas y/o larvicidas.

Nadie pone en tela de juicio la necesidad de disparar un alerta por parte de los organismos sanitarios supranacionales, hasta que se aclare cuanto daño efectivo resulta capaz de provocar cualquier nueva enfermedad emergente. Pero también hay evidencia de mucha medida restrictiva exagerada y poco temprana, y demasiada nota periodística a veces carente de rigor científico. Lo que ocurrió con el Ebola y su

posible diseminación mundial (que en definitiva no fue mayor de unos pocos casos importados en tres países) hizo posteriormente poco foco en lo que fue una respuesta inadecuada y tardía. La OMS, el CDC y otros organismos internacionales debían haber previsto la epidemia en forma mucho más efectiva, teniendo en cuenta su presencia en el tiempo y las limitaciones de todo tipo que poseen los sistemas de salud de los países africanos afectados. El Ébola no resultó una emergente abstracta, ya que como enfermedad exótica siempre estuvo restringida al África profunda subsahariana desde 1976. Fue la ONG Médicos Sin Fronteras quien primero alertó respecto de su posible amenaza al iniciarse la última ola epidémica. Y aquí aparecen una serie de intereses cruzados. Aunque el mayor inconveniente para una rápida respuesta quizás estuvo en que la región afectada no representaba una ventaja comercial. Hasta que finalmente llegó a las ciudades capitales del África occidental. Y allí cambió la historia.

La globalización sanitaria tiene desde hace tiempo un punto de inflexión. ¿Qué potencialidad real tienen los heterogéneos, desiguales e inequitativos sistemas de salud del mundo para responder de forma integrada a cualquier variante de epidemia que adquiera contorno mundial? Por empezar, muchos países con economías de bajo a mediano ingreso, y en los cuales una epidemia puede iniciarse, carecen de planes de contingencia organizados y sistemáticos para enfrentarla. Para el caso de África, la variable no fue solo la carencia de infraestructura sanitaria y de recursos humanos apropiados. También existieron errores de mapeo de ocurrencia de casos, y ausencia de método epidemiológico para establecer predicciones respecto de hasta donde podría extenderse la epidemia y a qué punto remoto del planeta podría llegar realmente el virus del Ebola. En América Latina, muchos de los procesos de descentralización política y administrativa que redefinieron las funciones del gobierno central, regional y local respecto de la gestión de los servicios de atención a la salud, acompañando las reformas sectoriales, también impactaron profundamente en el campo de la salud pública vinculada a la promoción y prevención de la salud y relativizaron su importancia radical en el manejo del alerta temprana para la vigilancia sanitaria en humanos y animales. Y también pusieron blanco sobre negro el hecho que no se han dejado atrás los riesgos sanitarios propios de países en desarrollo, cíclicamente afectados por las crisis económicas.

Comparemos lo ocurrido con un ejercicio de defensa militar entre naciones. Hasta que el sistema no logra funcionar en forma perfecta, los países siguen desarrollando ejercicios básicos. Lo hacen desde la logística hasta con el idioma común para la comunicación. De lo contrario, lo más probable es que se esté frente a una situación de vulnerabilidad y derrota. En el caso de la salud mundial y su sustentabilidad, el problema es la debilidad institucional. Relativizar las condiciones sociales como coadyuvantes de la aparición y extensión de ciertas epidemias de rápida transmisibilidad y desconocimiento etiológico, cuestión que surge de la ausencia de una autoridad con capacidad de respuesta multicasual, adquiere gravedad mundial.

La gobernanza supranacional de los problemas sanitarios está hoy en crisis, más allá de los slogans. Un ejemplo: ¿Se ha hecho algún ejercicio de defensa estratégica sanitaria entre países frente a lo que puede ser una posible pandemia? Lo más probable es que se dé la lógica de la Torre de Babel. Las declaraciones tardías sobre estas u otras posibles amenazas a la salud internacional señalan la debilidad manifiesta de ciertos actores creados en el Siglo XX para responder a la velocidad de los problemas del Siglo XXI, globalización mediante. ¿Es posible que haya un cierto desinterés respecto de la sanidad pública y las enfermedades emergentes, frente a la rentabilidad que poseen otros campos del entramado sanitario? Si algo es cierto es que la ventana temporal respecto de la oportunidad de poner freno a una pandemia se ha relativizado. Y las problemáticas que rodean a la simple causa biológica resultan mucho más complejas y multidimensionales como para no tenerlas claramente identificadas dentro de las alternativas a revertir.

Conclusiones

Quizás haga falta una vacuna más efectiva en el escenario sanitario internacional, y es aquella que pueda generar anticuerpos contra ciertas debilidades institucionales acentuadas, producto de recortes sistemáticos de fondos de los países miembros y de nuevas financiaciones vinculadas a todo tipo de condiciones fijadas por grandes ONG mundiales. El problema, como decía Foucault, es quien y bajo que conceptos define la *biopolítica*, y con ella el *biopoder* a nivel mundial. Es decir, quien está en condiciones de recuperar la gobernanza global de la salud pública internacional y conducirla, hoy que existe cierta complacencia respecto del tema y que sobre la misma se deslizan otros intereses. El mundo sanitario parece más preocupado por el gasto creciente en la atención de las enfermedades crónicas - especialmente respecto de los medicamentos destinados a su eventual atención, mantenimiento o cura – que en ello. Mientras tanto, persisten déficits crónicos de financiamiento y fallas en la organización sanitaria supranacional para “aggiornarse” respecto de cómo articular y coordinar oportunamente todas las eventuales actividades que se requieren para frenar cualquier epidemia causada por un virus o una bacteria (como lo ocurrido con los brotes de *Escherichia coli* O157:H7 en EEUU), con riesgo de extenderse geográficamente en forma explosiva. Y de qué forma prestar apoyo suficiente a él o los países que aparecen como epicentro de la misma, antes que la suma de las variables lleve a la tormenta perfecta.

La nueva inquietud mundial reside en la posibilidad de brotes o epidemias ocasionados por la liberación intencional o accidental de agentes biológicos. Tanto las epidemias que puedan surgir de manera natural, como aquellas causadas por la diseminación de bio - armas virales producto de manipulación genética con fines terroristas, representan una amenaza para la seguridad sanitaria mundial. Ningún país se encuentra a salvo de ello. Si no se logra una coordinación efectiva y solidaria, en caso de ocurrir una batalla con tales características, la desorganización imperante puede llevar a que para un mismo problema se llegue a usar desde una aspirina hasta una bomba neutrónica.